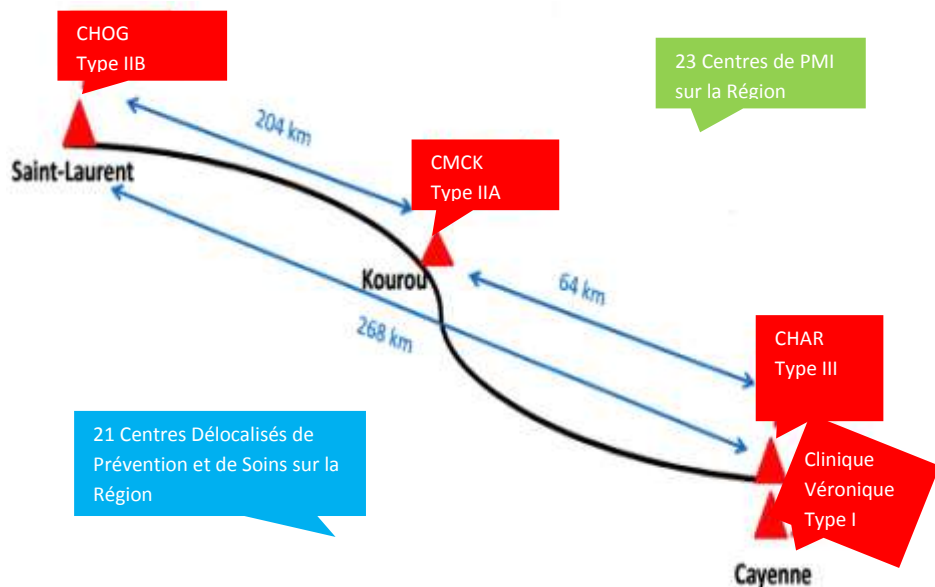


1. OFFRE PERINATALE DE SOINS EN GUYANE



Tout Transfert In Utero pour une Prise en Charge (PEC) médicale spécifique (hors AMH) nécessite de l'établissement demandeur et ce, même en cas de Retransfert In Utero : l'édition de la fiche régionale de Transfert In Utero téléchargeable sur le site du Réseau Périnatal Guyane. (www.mdr-guyane.fr puis double cliquer sur item Réseau Périnatal) OU DISPONIBLE AU FORMAT PAPIER OU NUMERIQUE EN MATERNITE

2. TRANSFERTS ENTRE ETABLISSEMENTS

Des CPDS vers le CHOG (type IIB) ou le CHAR (type III)	De la Clinique Véronique (type I) vers le CHAR (type III)	Du CMCK (type IIA) vers le CHAR (type III)	Du CHOG (type IIB) vers le CHAR (type III)
Pas de limite inférieure en SA en cas de nécessité de transfert.	Prématurité entre 25 SA et 35 SA.	Prématurité entre 25 SA et 34 SA.	Prématurité entre 25 SA et 33 SA.
Etablissement receveur à choisir selon :	Poids de naissance inférieur à 2000 grammes.	Poids de naissance inférieur à 1800 grammes.	Poids de naissance inférieur à 1500 grammes.
<ul style="list-style-type: none"> ☞ la proximité du site ☞ ou le niveau de prise en charge néonatale. 	Prévision d'une situation instable à la naissance : malformation cardiaque, digestive, asphyxie ante natale, immunisation materno-foetale sévère, etc.		
	Toute pathologie maternelle sévère pouvant nécessiter une prise en charge spécialisée ou en réanimation adulte.		

3. CODAGE COULEUR DU NIVEAU D'URGENCE DU TIU

Codes couleurs	Pathologie obstétricales	Délai de transfert	Type de transport
Code vert	- RPM isolée - HTA \leq 160/100 mmHg/équilibrée/sans signes fonctionnels - MAP légère stabilisée (10 < col < 27 mm) - Placenta praevia avec arrêt de métrorragies > 6 h	\leq 3 H 00 <24h	Classe 1
Code orange	- MAP modérée stabilisée (col < 10 mm) - Placenta praevia avec arrêt de métrorragies > 3 h	\leq 1 H 30 <12h	Classe 2
Code rouge	- MAP sévère \leq 4 cm avec tocolyse efficace - HTA \geq 160/100 mmHg/anti-hypertenseur IV/avec signes fonctionnels - Placenta praevia avec arrêt de métrorragies < 3 h	\leq 1 H 00 <2h	Classe 3

La programmation du TIU est liée au niveau de prise en charge néonatale : cette classification n'ayant pas pour vocation la CAT obstétricale intra-hospitalière.

Le choix de transport est défini par le médecin régulateur du SAMU en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens-séniors des services demandeur et receveur.

Cas particulier des CPDS, non accessibles par voie routière, et donc limitée dans le choix du transfert qui est souvent aérien.

Cas particulier des pathologies fœtales (malformations ...) qui rentrent dans le cadre d'une orientation programmée de la femme enceinte pour PEC néonatale

4. DEFINITION DES CLASSES DE TRANSPORT

Vecteurs de classe de Transport	Type de Transport	Type de prise en charge
Vecteur Classe 1	Ambulance sans accompagnement par du personnel soignant	- Etat stable confirmé - Surveillance possible limitée à une perfusion sans en régler le débit
Vecteur Classe 2	Ambulance avec accompagnement par du personnel soignant paramédical ou médical (sage-femme)	- Etat stable avec pathologie bien identifiée en terme de risque - Monitoring de base - Pousse-seringues électriques
Vecteur Classe 3	Véhicule de réanimation du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) avec équipe médicalisée Transport terrestre ou aérien	- Urgence de réanimation patente ou latente - Médecin anesthésiste-réanimateur ou urgentiste / Infirmier/ Ambulancier



FICHE DE TRANSFERT IN UTERO

Ce document doit impérativement suivre le patiente lors du transfert

Clinique Vénérique/Centre de Santé Guyanais
(Cayenne) : 0594 26 33 50
CMOG (Kourou) : 0594 32 76 76
CHOG (Saint Laurent du Maroni) : 0594 34 88 88
CHAR (Cayenne) : 0594 39 53 33

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Nom : Ou
Prénom :
Date de naissance :

Personne à prévenir : Nom : Né téléphone :

Information de la patiente du transfert : Oui Non (pourquoi :)
Consentement de la patiente : Oui Non (pourquoi :

GROSSESSE ACTUELLE Grossesse simple Grossesse gémellaire Grossesse triple
Terme au transfert : sa + jours

TRANSFERT

Date et heure d'appel :/...../20..... àh.....

Établissement demandeur :
Médecin du service demandeur :
Nom :
Fonction :
N° de poste :

Établissement receveur :
Médecin du service receveur :
Nom du médecin contacté :
Fonction :
Pédiatre du service receveur avisé Oui Non

Issue de la demande : Acceptée Refusée (motif du refus :)

Si refus de transfert fiche à archiver après en avoir envoyé un double au réseau PERINAT (fax 05 94 35 54 37)

Motif du transfert :

Maternel MAP
 RPM (le...../...../20..... àh.....)
 HTA isolée
 Pré-éclampsie
 Rapprochement du domicile
 Autre (préciser.....)

Foetal RCIU
 Malformation (préciser.....)
 Autre (préciser.....)

Degré d'urgence : Très urgent Urgent À programmer

Mode de transport :

Véhicule personnel
 Pompiers
 Ambulance (non médicalisée)
 Ambulance (ambulanciers+IDE)
 SAMU (transport terrestre)
 SAMU (transport aérien : hélicoptère)
 Avion

Corticostéroïde : Oui Non
Nombre d'injections : 2
 1 (...../...../20..... àh.....)
de la dernière injection)
Nombre total de cures :

TRAITEMENT REÇU OU EN COURS

Nom du médicament	posologie	Date de début

PIÈCES A JOINDRE (si non jointe, justifier)

Pièce d'identité de la patiente
 Si patiente mineure (autorisation parentale de soins)
 Attestation de sécurité sociale / CMU / AME
 Carnet de suivi de grossesse

Photocopies

Dossier
 Bilans sanguins/Résultats de sérologie
 Carte de groupe sanguin
 Échographies
 Autres examens complémentaires

EXAMEN CLINIQUE AVANT TRANSFERT

Évolution de l'examen clinique maternel qui contre-indique le transfert : Non Oui (préciser.....)
Évolution de l'état foetal qui contre-indique le transfert : Non Oui (préciser.....)

DATE ET HEURE DE DÉPART : LE/...../..... àh.....



FICHE INCIDENT DE TRANSFERT

Cette fiche doit être archivée dans le service, un double doit être transmis au réseau PERINAT (fax 05 94 35 54 37)

N° FICHE :/..../../ Archivé au réseau PERINAT

ORIGINE DU SIGNALEMENT

Nom du déclarant : Fonction du déclarant :
Établissement déclarant : Service :
Téléphone (où l'on peut vous joindre) :

Autre structure impliquée (établissement receveur) :
Nom de l'interlocuteur : Fonction de l'interlocuteur :

Nom et prénom du patient : Date de naissance :/...../.....
Date et heure de l'incident :/...../20..... àh.....

Type de transfert :

Transfert in utero
 Transfert néonatal
 Transfert post-natal maternel

Type d'incident rencontré :

.....
.....
.....
.....

CONSÉQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT :

Devenir du patient :

Mesures immédiates prises pour corriger le dysfonctionnement :

TRAITEMENT DE L'INCIDENT (Cadre réservé au réseau PERINAT)

Date de réception :/...../20.....

Type d'incident :

Absence de concertation (équipe non avisée)
 Absence de transmissions
 Vecteur de transport inadapté
 Médication non adaptée
 État hémodynamique du patient(e) instable
 Refus de transfert
 Autre (précisez).....

Suites données à la déclaration d'incident :

Mesures correctives pour éviter la récurrence :



5. CONTRE-INDICATIONS AU TRANSFERT IN UTERO

Les contre-indications aux transferts in utero citées ci-dessous sont issues des dernières recommandations de la HAS de Novembre 2012. Il s'agit d'une liste indicative dont les décisions finales de TIU reviennent aux médecins séniors des structures concernées

Contre-indications (CI) maternelles	CI fœtales
<ul style="list-style-type: none"> - haut risque d'accouchement pendant le transport <ul style="list-style-type: none"> - Phase active du travail (dilatation > 4 cm) - HTA gravidique sévère non contrôlée ou compliquée (éclampsie/Œdème Aigu Pulmonaire/hématome sous capsulaire hépatique) - hématome rétroplacentaire (HRP) - placenta praevia avec hémorragie active 	<ul style="list-style-type: none"> - anomalies significatives du Rythme Cardiaque Fœtal - hémorragie de Benckiser (rupture de vasa praevia)



PRISE EN CHARGE DE LA PRÉÉCLAMPSIE (PE)

Toute organisation de Transfert in utero (TIU) suppose :

- un échange d'informations entre médecins séniors des structures concernées, sur l'état clinique materno-fœtal (équipe obstétricale : gynécologues-obstétriciens et sages-femmes)
- l'information des professionnels impliqués (urgentistes, néonatalogistes, pédiatres, **anesthésistes...**)

DEFINITION : Hypertension artérielle gravidique (HTA) dont la PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou pression artérielle diastolique ≥ 90 mmHg associée à une protéinurie > 0.3 g/24 heures.

OÙ TRANSFERER :

- **DU CHOG (IIB) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 33 SA
- **DU CMCK (IIA) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 34 SA
- **De la Clinique (I) Véronique au CHAR (III) :** Entre 25 et 36 SA
- **CDPS au CHAR (III) :** Pas de limite inférieure en SA en cas de nécessité de transfert

Devant une PE sévère (**TA $\geq 160/110$ mmHg - atteinte hépatique avec cytolysé ASAT et/ou ALAT > 70 UI/L - atteinte rénale avec oligurie ≤ 500 ml/24h ou 25 ml/h ou protéinurie ≥ 3 g/24h**) : Privilégier quelque soit le TERME : **Transfert au CHAR (III)** pour proximité : Réanimation Adulte/Plateau d'imagerie médicale/établissement de transfusion sanguine

PREALABLE AU TRANSFERT/RECOMMANDATIONS AU COURS DU TRANSFERT :

- Remplir fiche régionale de **transfert in utero**
- Evaluer l'**état clinique/biologique maternel** (Signes cliniques HTA/ Biologie :Groupage,numération,coagulation,ionogramme)
- Evaluer la **vitalité fœtale** (ERCF/Echographie-dopplers)
- Mettre en place traitement anti-hypertenseur (voie veineuse obligatoire)
- Débuter la corticothérapie à 25 SA+5 j (pour PEC possible dès 26 SA)
- Transport de la patiente en décubitus latéral recommandé
- Surveillance continue et régulière des paramètres vitaux

QUAND TRANSFERER :

- Sans délai (après l'exécution du **préalable au transfert**/en l'absence de **contre-indications au transfert**)/ Le HELLP Syndrome n'étant pas une CI au TIU
- L'obtention de l'ensemble des résultats biologiques ne peut retarder le TIU

CONTRE-INDICATION AU TRANSFERT :

- **Etat hémodynamique instable (HTA non contrôlée par traitement)**
- Eclampsie (privilégier le transfert post-natal de la mère/PEC du Nouveau-né par SMUR pédiatrique)
- HRP même suspecté (possible extension au cours du transport)

CLASSE DE TRANSPORT :

- **Classe 3 :** Transport SMUR



PRISE EN CHARGE DE LA RUPTURE PREMATUREÉE DES MEMBRANES (RPM)

Toute organisation de Transfert in utero (TIU) suppose :

- un échange d'informations entre médecins séniors des structures concernées, sur l'état clinique materno-fœtal (équipe obstétricale : gynécologues-obstétriciens et sages-femmes)
- l'information des professionnels impliqués (urgentistes, néonatalogistes, pédiatres...)

DEFINITION : RPM avant terme est la rupture des membranes en dehors du travail et avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)

OÙ TRANSFERER :

- **DU CHOG (IIB) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 33 SA
- **DU CMCK (IIA) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 34 SA
- **De la Clinique (I) Véronique au CHAR (III) :** Entre 25 et 35 SA
- **CDPS au CHAR (III) :** Pas de limite inférieure en SA en cas de nécessité de transfert

PREALABLE AU TRANSFERT :

- Remplir fiche régionale de **transfert in utero**
- Objectiver la rupture
- Débuter la corticothérapie à 25 SA + 5 j (pour PEC possible dès 26 SA)
- Débuter l'antibiothérapie
- Mettre en place tocolyse IV

QUAND TRANSFERER :

- Sans délai (après l'exécution du **préalable au transfert**/en l'absence de **contre-indications au transfert**)

CONTRE-INDICATION AU TRANSFERT :

- Patiente à haut risque d'accouchement durant le transport
 - o Phase active du travail (dilatation > 4 cm)
- Anomalies sévères du RCF

CLASSE DE TRANSPORT :

- **Classe 3 :** Transport SMUR



PRISE EN CHARGE DE LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE (MAP)

Toute organisation de Transfert in utero (TIU) suppose :

- un échange d'informations entre médecins séniors des structures concernées, sur l'état clinique materno-fœtal (équipe obstétricale : gynécologues-obstétriciens et sages-femmes)
- l'information des professionnels impliqués (urgentistes, néonatalogistes, pédiatres...)

DEFINITION : La menace d'accouchement prématuré (MAP) survient entre 22 et 36 SA+6j révolues et se caractérise par l'association de modifications cervicales et de contractions utérines (CU) régulières et douloureuses.

OÙ TRANSFERER :

- **DU CHOG (IIB) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 33 SA
- **DU CMCK (IIA) AU CHAR (III) :** Entre 25 et 34 SA
- **De la Clinique (I) Véronique au CHAR (III) :** Entre 25 et 35 SA
- **CDPS au CHAR (III) :** Pas de limite inférieure en SA en cas de nécessité de transfert

PREALABLE AU TRANSFERT :

- Remplir fiche régionale de **transfert in utero**
- Echographie vaginale : **mesure de la longueur du col**
- Mettre en place tocolyse IV
- Débuter la corticothérapie à 25 SA+5 j (pour PEC possible dès 26 SA)
- Antibiothérapie en cas de portage de Streptocoque B

QUAND TRANSFERER :

- Sans délai (après l'exécution du **préalable au transfert**/en l'absence de **contre-indications au transfert**)

CONTRE-INDICATION AU TRANSFERT :

- Patiente à haut risque d'accouchement durant le transport
 - o Phase active du travail (dilatation > 4 cm)
- Anomalies sévères du RCF

CLASSE DE TRANSPORT :

- **Classe 3 :** Transport SMUR